問　診　票

ご記入お願いします

ふりがな		性別	男　・　女
お名前			
体温	度	年齢	歳　　ヶ月

ご来院の理由・症状が出てから今までの経過	その他ご希望の検査など

身長　・　体重	cm　　kg	※わかればご記入ください

保育園・幼稚園・学校名 投薬指示書　　要　・　不要	周りで流行っている病気 保育園・学校等で： ご家庭で：

他の病院で治療中ですか？	現在くすりを飲んでいますか？	飲めない薬はありますか？
はい　　いいえ 病院名	はい　　いいえ お薬手帳　あり・なし	はい　　いいえ

初診の方・変更がある方は以下もご記入ください

アレルギー：	
今までかかられた病気：（既往歴）	
ご住所：	〒
お電話番号：	（　　）

Ns記入欄

Spo2：	脈：	呼吸数：

■…全ての方

□…前回より期間が空いている再診の方
（およそ1ヶ月以上未受診）

おおたにこども・ファミリークリニック